Nr 50. Kraków, 15. grudnia 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr St. Ciechanowski, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr O. Lang, wiceprezes, dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVI. Kraków, 15. grudnia 1917. Nr 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni dyagnostycznej c. k. Namiestnictwa w Lincu.

Zmiany anatomo-patologiczne w paratyfusie B.

Podał

Prof. Dr Witold Nowicki,
kierownik pracowni.

(Dokończenie).

Objawy czerwonkowe, tak często spostrzegane w paratyfusie B, są rzeczą zrozumiałą wobec prawie stale spotykanych zmian w jelicie grubem, które wprost anatomicznie mogą przedstawiać obraz czerwonki, jak n. p. w przypadku Luckscha, dwóch przypadkach Stephana, Korczyńskiego i t. d. W związku z tak częstemi zmianami w jelicie grubem pozostają niewątpliwie stolce, podobne do czerwonkowych. Treść jelit w naszych sześciu przypadkach była 3 razy płynna, 3 razy zaś mniej lub więcej śluzowa, nadto w 4 przypadkach krwawa, w 5 zaś, jeżeli uwzględnimy, że w przypadku szóstym spostrzegano wypróżnienia krwawe. W 3 przypadkach, o ile mogliśmy się dowiedzieć, spostrzegano za życia krwawe wypróżnienia. Poniżej podajemy tabelkę, uwzględniającą czas choroby i cechy stolców, pochodzących od chorych, u których stwierdziliśmy bakteryologicznie laseczniki paratyfusu B.

TABLICA I.

Okres trwania choroby wzgl. ozdrowienia	Tygodnie 1	2	3	Razem	Tygodnie 4	5	6	7	8	Miesiące III	IV	V	Nieozn. czas	Ozdrowienie	Razem
krwawy	4	2	—	6 7.7%	—	—	1	—	—	—	—	—	-	-	7 (6.4%)
ropny	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	— —
śluzowy	3	4	1	8 10.3%	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	10 (9.2%)
płynny	21	11	4	36 46.7%	—	—	—	—	1	—	—	—	—		37 (34.2%)
papkowaty	1	2	1	4 5.1%	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	5 (4.6%)
miękki	7	6	4	17 22%	3	1	3	2	3	2	—	1	—	—	32 (29.6%)
sformowany	1	4	1	6 7.7%	1	2	1	—	3	—	—	—	3	1	17 (15.7%)
Razem	37	29	11	77 (100 %)	4	4	5	2	7	4	—	1	3	1	108 (100%)

Z tabelki tej widzimy, że w pierwszych trzech tygodniach choroby w przeszło połowie (50,6%) przypadków z tego okresu były stolce płynne, następnie idą stolce miękkie, najrzadziej papkowate. Stolce krwawe i śluzowe stwierdzono prawie w $^{1}/_{5}$ ogółu uwzględnionych stolców (18,9%). Mniejwięcej tensam wzajemny stosunek widzimy w stolcach z pierwszego tygodnia choroby. Tabelka powyższa obejmuje niewątpliwie przypadki lekkie i ciężkie, liczba procentowa stolców podobnych do czerwonkowych będzie w przypadkach ciężkich niewątpliwie znaczniejsza.

Co do obecności pierwocin komórkowych w treści opisanych przypadków sekcyjnych, to stale stwierdzaliśmy w preparatach rozcieranych ciałka białe wielojądrzaste (ciałka ropne) z ziarnistością obojętnochłonną, ciałka czerwone i nieliczne nabłonki; w dwóch przypadkach znajdowały się liczne ciałka ropne. Obecność ciałek białych wielojądrzastych stwierdziliśmy w ogólności stosunkowo często w stolcach paratyfusowych; na 108 bowiem wymienionych wyżej stolców w 43, t. j: w 39,8%, a prawie cała ta liczba przypada na stolce z pierwszych trzech tygodni choroby. Na stolce z pierwszego tygodnia przypada 67,5%. Niżej umieszczona tabelka, uwzględniająca owe 43 przypadki, przedstawia częstość stwierdzonych ciałek białych w stolcach z poszczególnych tygodni choroby, względnie z czasu ozdrowienia.

TABLICA II.

Okres choroby wzgl. ozdrowienia	Tygodnie 1	2	3	4	5	6	7	8	Miesiące III	IV	V	Nieozn. czas	Ozdrowienie	Razem
stolce bez ciałek b.	12	18	8	4	4	4	2	6	4	—	1	1	1	65 (60,1%)
stolce z ciałkami b.	25	11	3	—	—	1	—	1	—	—	—	2	—	43 (39,8%)
Razem	37	29	11	4	4	5	2	7	4	—	1	3	1	108

Dla porównania umieszczamy wreszcie zestawienie, uwzględniające w procentach obecność składników komórkowych w bakteryologicznie stwierdzonych stolcach durowych, paratyfusowych i czerwonkowych, a pochodzących ze świeżych przypadków choroby, z czasu świeżego ozdrowienia względnie w dłuższy czas po przebiegu choroby, następnie z 3 względnie 4 tygodni choroby i wreszcie z pierwszego tygodnia.

	Ogólna liczba	Pierwsze 3 wzgl. 4 tyg.	Pierwszy tydzień
Dur brzuszny	na 204 w 23%	na 131 w 25.1%	na 59 w 25.4%
Paratyfus B	na 108 w 39.8%	na 77 w 50.6%	na 37 w 67.5%
Czerwonka	na 325 w 70.1%	na 237 w 81%	na 210 w 81.4%

Z zestawienia tego widzimy, że: 1) stolce paratyfusowe B, co do wartości składników komórkowych (ciałek ropnych i nabłonków) zajmują pośrednie miejsce między durem brzusznym a czerwonką; 2) w świeżym okresie choroby, zwłaszcza w pierwszym tygodniu, pod względem zawartości powyższych składników zbliżają się stolce paratyfusowe B najwięcej do stolców czerwonkowych.

Mniejwięcej tosamo można powiedzieć na podstawie materyału, badanego w tutejszej pracowni, o makroskopowych cechach stolców paratyfusowych w stosunku do durowych i czerwonkowych.

Nieco więcej poświęciliśmy miejsca omówieniu treści jelit względnie stolcom w paratyfusie B dla wykazania, że cechami swemi stawiają one paratyfus na pośredniem miejscu między durem brzusznym a czerwonką.

Ciężkość przebiegu naszych przypadków niezawsze była równoległa do zmian anatomicznych; fakt ten musimy odnieść z jednej strony do samego zakażenia względnie za trucia ustroju, z drugiej strony do małej odporności osobników, wywołanej niewątpliwie nader lichem odżywieniem, za czem przemawiało znaczne wychudzenie (mimo przeważnie krótkiego czasu trwania choroby), stwierdzone na sekcyi.

Fakt, że laseczniki paratyfusu mogą być przyczyną dwu klinicznie i do pewnego stopnia anatomicznie wykazujących pewne różnice grup chorobowych, — zapalenia jelit paratyfusowego i paratyfusu brzusznego, — tłomaczy Schottmüller różnem usadowieniem się sprawy chorobowej, co oczywiście pozostaje w związku ze zmianami anatomicznemi. W paratyfusie brzusznym, przypuszcza Schottmüller, mamy do czynienia głównie ze schorzeniem tkanki chłonnej jelita, w zapaleniu zaś jelit paratyfusowem ze schorzeniem samej błony śluzowej. Słusznie jednak tłomaczenie to odrzuca Herxheimer, a do pewnego stopnia i Hübschmann, opierając się z jednej strony na niewielkich zmianach w tkance chłonnej w paratyfusie, które świadczą, że laseczniki paratyfusu nie okazują tego powinowactwa do tkanki chłonnej, jak laseczniki duru brzusznego, a powtóre wchodzi tu w grę rozmaite oddziaływanie ustroju na obce wpływy, między innemi wrodzona i nabyta odporność, która u różnych osobników jest różna. Niemniej wchodzi tu w rachubę różny stopień jadowitości samego zarazka, za czem przemawiają także odpowiednie doświadczenia Hübschmanna i cała skala lekkich aż do bardzo ciężkich klinicznych obrazów tej choroby. Niewątpliwie ciężkie, krótko trwające postacie paratyfusu, niejednokrotnie z przebiegiem podobnym do cholery i z obrazem anatomicznym ostrego, często krwotocznego zapalenia całego przewodu pokarmowego, są wywołane przez bardzo jadowite, natomiast paratyfus brzuszny, cechujący się dłuższym, nieraz bardzo lekkim przebiegiem, anatomicznie więcej ograniczonemi zmianami, przez mało jadowite laseczniki. Podobieństwo widzimy w czerwonce, wywołanej przez silnie trujące laseczniki typu Shiga-Kruse i mało jadowite typu Flexner—Y. W naszym materyale dla pierwszych jest przykładem pięć pierwszych przypadków, dla drugich do pewnego stopnia przypadek szósty.

Zbierając zmiany anatomiczne, spostrzegane w naszych sześciu przypadkach paratyfusu B, musimy podnieść następujące cechy:

1. Zajęcie całego przewodu pokarmowego, w szczególności dolnej części jelita biodrowego i grubego.
2. Mniej lub więcej krwotoczny charakter zapalenia, połączony ze znacznem przekrwieniem i rozpulchnieniem błony śluzowej.
3. Nieznaczny, ale stały udział tkanki chłonnej (grudek) jelit i gruczołów krezkowych w zmianach zapalnych.
4. Brak durowego obrzęku śledziony, czasem prawie niezmienionej.
5. Brak wybitniejszej różnicy w obrazie anatomicznym między zapaleniem paratyfusowem jelit, a paratyfusem B brzusznym.
6. Treść jelit względnie stolce w paratyfusie B zawartością składników komórkowych (ciałek ropnych) i cechami makroskopowemi zbliżone są więcej do stolców czerwonkowych, niż durowych.
7. Występowanie w przypadkach szczególnie ciężkich skazy krwotocznej.

Piśmiennictwo. 1. Barykin. Russkij Wracz 1909. — 2. Bracht. D. med. W. 1908. Str. 2240. — 3. Burckhardt. Zbl. f. Path. u. path. An. 1902. T. 23. Str. 49. — 4. Fraenkel. Aerztl. Ver. w Hamburgu. Posiedz. z dn. 16. XI. 1915. D. med. W. 1916. Str. 337. — 5. Frankl i Benković. W. klin. W. 1916. N. 44. — 6. Frenzel. D. med. W. 1916 N. 32. — 7. Glaser. M. med. W. 1914. Str. 1965. — 8. Herford. Ztschr. f. Beamte 1909. Str. 124. przyt. Herxheimer. — 9. Herrnheiser. W. klin. W. 1916. N. 37. Str. 1163. — 10. Herxheimer. Berl. klin. W. 1915. N. 24. Str. 648. — 11. Hübschmann. Zieglers Beitr. 1913. T. 56. Str. 514. — 12. Kayser i Brion. Arch. f. klin. Med. 1905. T. 85. Str. 525. — 13. Korczyński. W. klin. W. 1915. N. 46. Str. 1251. — 14. Lecount i Batty. Tr. of the Chicago path. Soc. 1907. T. 7 Bull. 1908. przyt. Herxheimer. — 15. Lecount i Kirby. Tr. of. the path. Soc. 1904. T. 4. Bull. 1907. przyt. Herxheimer. — 16. Loele. Ergebnisse Lubarsch-Ostertag. 1915. T. 18. I. — 17. Lucksch. Zbl. f. Bakt. u. Parasitkd. 1903. Abt. I. Orig. T. 24. — 18. Matthes, Wollenweber i Dorsch. Klin. Jhrb. 1912. T. 26. — 19. Rings. Med. Kl. 1907. Str. 1007. — 20. Saltykow. Virch. A. 1913. T. 211. Str. 467. — 21. Schottmüller. Die typhösen Erkrankungen w Hdb. d. inn. Med. wyd. Mohr i Staechelin. Berlin. 1911. T. 1. — 22. Sluka i Pollak. W. klin. W. 1916. N. 44. Str. 1390. — 23. Stein. W. klin. W. 1916 Nr. 21. Str. 648. — 24. Stephan. Berl. klin. W. 1916. N. 21. Str. 569. — 25. Stintzing. Ausserord. Tagung d. deutsch. Kongr. f. inn. Med. in Warschau. 1916. D. med. W. 1916. N. 22. Str. 683. — 26. Strong. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. 1902 T. 13. Str. 107. przyt. Herxheimer. — 27. Walko. W. klin. W. 1916. N. 11. Str. 313. — 28. Wiechert. In. Diss. Marburg 1907. — 29. Zimmer. W. med. W. 1916. N. 51. Str. 1949.

Z c. k. szpitala polowego.
(Komendant: Dr Steinmetz, lekarz pułkowy).

O gorączce wołyńskiej

podał

Dr Tadeusz Tempka,

starszy lekarz.

(Ciąg dalszy).

Töpfer w preparatach krwi nie widział żadnych drobnoustrojów, natomiast przez wstrzyknięcie śródotrzewne świnkom morskim krwi chorych na gorączkę wołyńską wywoływał u tych zwierząt gorączkę o podobnym przebiegu, jaką otrzymywał przez przeszczepienia (również na świnki morskie) krwi osób chorych na dur osutkowy. W zupełności zgadzają się wyniki badań Töpfera i Jungmanna, przeprowadzonych nad wszami, pochodzącemi od osób, cierpiących na typową gorączkę wołyńską, jak również i nad wszami, sztucznie zakażonemi przez ssanie krwi tych chorych. W preparatach, uzyskanych z przewodu pokarmowego tych wszy, znajdowały się tesame, powyżej opisane twory. Töpfer znalazł je w sztucznie zakażonych wszach po 5 dniach (licząc od chwili przystawienia ich do skóry chorych) w skąpej, po ośmiu zaś w wielkiej ilości; tym faktem możnaby wytłómaczyć przeważnie panujący typ pięciodniowego okresu bezgorączkowego, przegradzającego poszczególne napady. Laseczniki, opisane przez Töpfera i Jungmanna przy gorączce wołyńskiej są, według obu autorów, bardzo podobne do laseczników duru osut-

kowego i podobnie, jak one, rozmnażają się silnie w jelicie wszy.

Jakkolwiek badania te nie doszły do ostatecznego kresu, to jednak znajdowanie tych tworów we krwi chorych na gorączkę wołyńską, w kale wszy, tak sztucznie, jak i naturalnie zakażonych, nigdy zaś we wszach kontrolnych, wreszcie dodatni wynik doświadczeń na zwierzętach, przemawiałyby za tem, że drobnoustroje te stoją w związku przyczynowym z tem cierpieniem; być może, że opisane przez innych autorów krętki przedstawiają jakiś okres rozwoju tego zarazka.

Z drugiej strony doświadczenia te pokazują, że tak gorączka wołyńska, jak i dur plamisty mają pod względem morfologicznym i biologicznym pokrewne sobie zarazki i wskutek tego tworzą jakąś nową grupę chorobową, choć same są zupełnie odrębnemi jednostkami chorobowemi. (Töpfer [20]).

Tesame wyniki bakteryologiczne uzyskał Jungmann nietylko w przypadkach postaci napadowej, ale także w postaci durowatej i poronnej, jakkolwiek nie tak stale, jak w postaci pierwszej. W każdym razie wyniki te przemawiają za słusznością rozróżniania tych 3 postaci gorączki wołyńskiej.

Jak widać z powyższych doświadczeń, gorączka wołyńska przenosi się z człowieka na człowieka nie bezpośrednio, lecz za pośrednictwem wszy, podobnie jak dur osutkowy. To spostrzeżenie tłómaczy nam równocześnie, dlaczego gorączka wołyńska nie występuje nigdy nagminnie, tylko sporadycznie; oprócz tego najważniejszego faktu przemawia za rolą wszy, jako pośredników w przenoszeniu zarazków gorączki wołyńskiej, jeszcze szereg innych danych. Główna część przypadków tej choroby występuje w zimie, gdzie plaga wszy jest największa, a gdzie komary i muchy nie wchodzą w grę, jako przenosiciele tej choroby; widujemy ją nadto, w przeciwieństwie do oficerów, przeważnie u żołnierzy, którzy mają daleko więcej sposobności do zawszawienia się, niż pierwsi; wreszcie trzeba podnieść, że wszędzie tam, gdzie odwszawianie chorych jest dokładnie przeprowadzone, nigdy nie zauważono nowych przypadków, mimo, że chorych takich nie odosabniano.

O okresie wylęgania tej choroby nie mamy jeszcze dzisiaj dokładnych wiadomości; że jest on dosyć długi, dowodziłoby spostrzeżenie, zrobione przez Jungmanna i Kuczyńskiego [4]), gdzie jeden z nich po ukąszeniu przez wesz, sztucznie zakażoną krwią chorego na gorączkę wołyńską, zachorował po 27 dniach na durowatą postać gorączki wołyńskiej, przyczem w trzecim dniu choroby odczyn Weila-Felixa był dodatni 1:100, co znowu wskazuje na blizkie pokrewieństwo zarazków duru plamistego i gorączki wołyńskiej.

Rozpoznanie typowej napadowej postaci nie sprawia zazwyczaj żadnych trudności. Wykluczyć należy oczywiście wszystkie inne stany chorobowe, cechujące się również okresowymi nawrotami gorączki, a więc zimnicę i dur powrotny. Przeciw zimnicy, oprócz nieobecności pasorzytów zimniczych we krwi, przemawiać będzie nadto bezskuteczność chininy, stosunkowo nieznaczny, w każdym razie mniejszy niż przy zimnicy obrzęk śledziony (czasem brak go zupełnie, lub też można go wykazać tylko opukiwaniem) i występowanie świeżych przypadków w miesiącach zimowych. Przeciw durowi powrotnemu, oprócz braku krętków Obermeiera we krwi, świadczyć będzie także odporne zachowanie się przeciw przetworom arsenowym. Bakteryologiczne rozpoznanie tego cierpienia nie przekracza obecnie jeszcze murów pracowni. Zaznaczyć muszę, że czasem spotykamy się tutaj z ciekawem połączeniem dwu stanów chorobowych, mianowicie gorączki wołyńskiej i zimnicy. Niekiedy widujemy mianowicie, jak w przebiegu gorączki wołyńskiej występują nagle wysokie wzniesienia cieploty, psujące prawidłowość obrazu; wzniesieniom tym towarzyszą silne dreszcze, brak zaś zupełnie charakterystycznych bólów kości goleni, a badanie krwi, wziętej podczas takiego napadu, wykazuje obecność pasorzytów zimniczych. Poprzednim napadom, odpowiadającym gorączce wołyńskiej, wzniesienia ciepłoty towarzyszyły bez dreszczy, natomiast towarzyszyły im silne bóle kości goleni, a we krwi nie było ani śladu pasorzytów zimniczych, tylko wzmożenie liczby krwinek białych neutrofilnych. Również i dalszy przebieg dowiódł, że szło tu o dwie odrębne choroby, równocześnie występujące. Po natychmiastowem zastosowaniu chininy (5 razy dnia po 0·2 gr.) rozpoczyna się dłuższy kilkudniowy okres bezgorączkowy, po którym znowu pokazują się, mimo ciągłego podawania chininy, napady gorączki bez dreszczów, natomiast z silnymi bólami w goleniach, a krew, wzięta podczas tych napadów, nie okazuje już pasorzytów zimniczych, tylko neutrofilię. Chinina wstrzymała tedy napady zimnicy, nie wywarła zaś wpływu na gorączkę wołyńską. Rozpytując się takich chorych, dowiemy się, że przed jakimś czasem przeszli zimnicę. W tych przypadkach nastąpiło więc »uruchomienie« pasorzytów zimniczych, które pod wpływem nowego czynnika zakaźnego (lub może samej tylko ciepłoty?) przeszły ze śledziony do krwi obwodowej. Potrzebne jest do tego pewnego rodzaju sumowanie się podniet, jak tego dowodzi spostrzeżenie, że dopiero po paru napadach gorączki wołyńskiej następują napady ukrytej zimnicy. Dla objaśnienia przytaczam dwie krzywe własnego spostrzeżenia (Nr 8 i 9); w pierwszym przypadku nastąpiło uruchomienie pod wpływem samej gorączki wołyńskiej, w drugim zaś pod wpływem wstrzyknięcia śródmięśniowego mleka, które zastosowałem w celach leczniczych.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Leon Karwacki i Stanisław Biernacki: **O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznem.** Z pracowni serologicznej Warsz. Tow. nauk. (Wydane z zapomogi kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1916).

Autorowie wychodzą z założenia, że lek, który ma działać skutecznie w jakiejś chorobie, powien posiadać dwie cechy (prócz nieszkodliwości dla ustroju): po pierwsze powinien pobudzać wrodzone czynniki obronne ustroju, powtóre powinien działać na dany zarazek bakteryobójczo. Opierając się na tej podstawie, zbadali autorowie »in vitro« działanie bakteryobójcze 125 ciał chemicznych (w tem 51 barwików) na bakterye gruźlicze. Do doświadczeń użyli szczepu, wyhodowanego jeszcze przez Kocha w ósmym lat dziesiątku XIX w. i przeszczepianego od tego czasu przez przeszło 200 pokoleń na pożywkach sztucznych. Z doświadczeń tych wynikało, że niektóre związki chemiczne działają »in vitro« bardzo silnie bakteryobójczo (n. p. fiolet goryczkowy w rozczynie $^1/_{10\cdot000}$, tymol i safranina w rozczynie $^4/_{100\cdot000}$, błękit metylenowy i cyanek rtęci w rozczynie $^2/_{100\cdot000}$, a tioflawina T nawet w rozczynie $^4/$milion).

Z gruźlicą ma się rzecz tak, jak z tyfusem, cholerą i niektóremi innemi chorobami zakaźnemi. Ponieważ leczenie tych spraw chorobowych surowicami i szczepionkami nie dało dotąd wystarczających i pewnych wyników, trzeba szukać innych dróg do dojścia do celu. Być może, że jest nią chemoterapia, jak to przypuszczają dzisiaj liczni badacze. Prof. Dr R. Nitsch.

L. Bruner i S. Tołłoczko. **Chemia nieorganiczna.** Wydanie czwarte, na nowo opracowane przez Stanisława Tołłoczkę. 1917.

Zdziwi się niejeden z czytelników, spotykając ocenę podręcznika chemii w czasopiśmie lekarskiem. Zdawaćby się mogło, że między chemią, zwłaszcza nieorganiczną, a naukami lekarskiemi jest już zbyt wielka rozbieżność zadań, aby postępy pierwszej mogły większy bezpośredni wpływ wywierać na drugie, a jednak tak nie jest. Nowe teorye chemiczne i fizyczne wytłumaczyły nam niejedno zjawisko biologiczne, przekształciły z gruntu niejedno zapatrywanie, a każdy nowy fakt odbija się silnem

echem w biologii. Pojęcia prężności osmotycznej, dyssocyacyi elektrolitycznej w rozczynach wodnych, prawa równowagi chemicznej i t. d., zagadnienia, nie uwzględniane nawet w wykładach chemii ogólnej jeszcze lat temu trzydzieści, dziś tworzą nietylko podstawę samej chemii, ale wywierają przemożny wpływ na całokształt nauk przyrodniczych, a tem samem i biologiczno-lekarskich.

Podręcznik Brunera i Tołłoczki, opracowany przez prof. Tołłoczkę już po przedwczesnej śmierci nieodżałowanego prof. Brunera, odznacza się dwiema charakterystycznemi cechami. Pierwsza, to właściwie obowiązek każdego nowożytnego autora: uwzględnienie najnowszych zdobyczy nauki i najnowszych pojęć. Za szczególną zasługę można jednak poczytać, że te najnowsze zdobycze wiedzy, trudne do pojęcia bez wzoru matematycznego, są tu przedstawione w sposób tak prosty, tak logiczny, że nawet dla nieobytego czytelnika stają się zrozumiałe. Druga charakterystyczna cecha podręcznika, to myśl przewodnia, przewijająca się w logicznym rozwoju bez przerwy od pierwszego do ostatniego ustępu. Jak słusznie autor w przedmowie zauważył, chemia nie powinna być traktowana jako zbiór luźnych zjawisk, ale jako nauka rozumowa, mająca swój rdzeń w postaci niezmiennych praw natury, około których poszczególne zjawiska się grupują, względnie z nich wychodzą. Chemia Brunera i Tołłoczki jest w tym względzie unikatem w literaturze naukowej polskiej i nie będzie przesadnem twierdzenie, że ta książka nietylko powinna być podstawą nauki chemii młodego medyka, ale nie powinno jej braknąć i w bibliotece starszego lekarza, interesującego się postępem nauk przyrodniczych. Doc. Dr Seńkowski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 7 listopada 1917.

(w klinice chirurgicznej U. J.)

Przewodniczy: kol. Ciechanowski. Obecnych członków 38.

1) Przewodniczący powitał obecnego na sali gościa kol. Dr Kożuchowskiego z Dąbrowy górniczej, poczem odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Na wniosek Zarządu, przedstawiony przez przewodniczącego, wybrano komisyę przedwyborczą w następującym składzie: doc. Borowiecki, prof. Gliński, prof. Kostanecki, doc. Nowaczyński, prof. Wachholz, Dr Dr Glatzel, Karwowski, Szancenbach, Eug. Walter, Krzysztoń, Lachs, Szwarc, Służewski, Momidłowski, Sikorska. Na przewodniczącego postanowiono poprosić prof. Kostaneckiego.

3) Przewodniczący przedstawia następujące wnioski komisyi, wybranej w sprawie kolumn sanitarnych Komitetu Książęco-Biskupiego:

»Wobec doskonałych wyników działalności kolumn sanitarnych Książęco-Biskupiego Komitetu krakowskiego uchwala Towarzystwo lekarskie krakowskie, co następuje:

1. Ruchome kolumny sanitarne dla tłumienia epidemii powinny być bezwarunkowo utrzymane na stałe.

2. W każdym razie należy koniecznie starać się utrzymać do końca wojny kolumny sanitarne Książęco-Biskupiego Komitetu w dotychczasowej formie.

3. Gdyby to było niemożebne, należałoby oddać kolumny sanitarne odpowiednieniu stowarzyszeniu polskiemu.

4. Twórcy i kierownikowi kolumn sanitarnych Książęco-Biskupiego Komitetu, prof. Dr Emilowi Godlewskiemu, wyraża Towarzystwo lekarskie krakowskie najwyższe uznanie«.

Wniosek w całości jednomyślnie i wśród oklasków przyjęto.

4) Kol. Michejda przedstawił cztery przypadki **gruźlicy kręgosłupa, leczone operacyjnie metodą Albeego**, polegającą na operacyjnem ustaleniu kręgów zajętych i sąsiednich zdrowych przez wszczepienie w rozszczepione podłużnie wyrostki kolczyste listwy kostnej, wyjętej z kości piszczelowej. Z czasem implantat ulega wessaniu, na jego miejsce jednakże wyrasta z podłoża, a więc z wyrostków kolczystych (Barth) i z okostnej implantatu (Axhausen) nowa kość, która stanowi organiczną całość z podłożem. Warunki do wgojenia się implantatu są w tem miejscu wyjątkowo dobre, gdyż implantat na szerokiej przestrzeni przylega do okrwawionej zdrowej tkanki kostnej. Wynikiem tego procesu anatomicznego będzie ustalenie tylnych części kręgosłupa, a przez to pośrednio odciążenie przednich części, zajętych gruźlicą, zatem to, co pragniemy uzyskać stosowaniem dotychczasowych metod, t. j. łóżeczek gipsowych i gorsetów. Badania doświadczalne Hoesslyego wykazały, że przez wgojenie wspomnianej listwy może tylna część kręgosłupa objąć zupełnie zadanie kostnego rusztowania ciała. — Toteż w przypadkach, w których jeszcze do wytworzenia garbu nie doszło, powinno po udanej operacyi powstanie jego być uniemożliwione. Czy tak rzeczywiście jest, to pokażą dalsze spostrzeżenia. — Niemałą zaletą tej metody jest to, że nie stoi zupełnie na przeszkodzie rozległemu stosowaniu leczenia ogólnego, szczególnie helioterapii, które w leczeniu gruźlicy kręgosłupa na pierwszem powinno stać miejscu. Wyniki osteoplastycznej operacyi kręgosłupa przy gruźlicy jeszcze dziś ostatecznie ustalić się nie dadzą. Dane z literatury są w każdym razie zachęcające; a że zabieg i teoretycznie jest uzasadniony, więc należałoby go poddać szerszemu doświadczeniu. (Szczegółowe opracowanie dotyczącego materyału będzie później ogłoszone). (Streszczenie własne).

Dyskusya: Dr Hładij: Niezbyt zachęcające na ogół wyniki zachowawczego leczenia spraw gruźliczych kręgosłupa metodami dotychczas stosowanemi ze względu na długotrwałość leczenia, rozciągającego się na całe szeregi lat, leczenia bardzo kosztownego, na które pozwolić sobie mogą sfery wybrane, które stosunkowo najrzadziej zapadają na gruźlicę, zwróciły uwagę amerykańskiego chirurga Freda Albeego jeszcze w r. 1910, czyby te kosztowne, przewlekłe, a tak często zawodzące metody leczenia spraw gruźliczych kręgosłupa nie dały się zastąpić jakimś sposobem prostszym, pewniejszym i tańszym. Doświadczenia Lexera co do transplantacyi całych stawów, szczegółowe badania Küttnera, Axhausena, Bartha, wykazujące, jak słyszeliśmy przed chwilą, że w miejscu wszczepionej kości wytwarza się z okostnej nowa tkanka kostna, naprowadziły Albeego, aby przez przeszczepienie kości wraz z okostną pomiędzy wyrostki kolczyste kręgów uzyskać wytworzenie się naturalnej podpory z silnej tkanki kostnej, niejako gorsetu, o wiele pewniej działającego, aniżeli kosztowne łóżeczka, opatrunki ustalające, gorsety. Na kongresie ortopedów w Berlinie w r. 1914 odczytał Leo Majer w tłomaczeniu referat prof. Albeego o leczeniu gruźlicy kręgosłupa na podstawie 178 operowanych przypadków. — Kilka słów chcę dodać o technice zabiegu operacyjnego, jak go wykonuje Albee sam: Cięcie w częściach miękkich, łukowate, nie kańciaste; wyrostki kolczyste powinny być tak rozszczepione, aby tylko w jedną stronę nastąpiło odłamanie od podstawy. Z kości piszczelowej należy wyjąć kość z okostną, okostnej stosunkowo dużo, a kości samej niewiele. Im cieńsze listewki kostne wszczepiamy, jak to wykazał Macewen, tem bujniejsza wytwarza się kostnina. Transplantat powinien być, zależnie od wieku osobnika, 6—12 mm szeroki, 6—9 mm gruby, 10—19 cm długi. Warstwę szpikową transplantatu wszczepiamy tak, aby przylegała do powierzchni wyrostka kolczystego, od której odłamano blaszkę. Okostna zaś przylegać powinna do powierzchni kości odszczepionej od wyrostka kolczystego. Albee stworzył całe specyalne instrumentaryum dla tych zabiegów, a mianowicie świdry i piłki elektryczne. Wprowadził je Albee dlatego, że wedle teoryi Crilesa przy operowaniu elektrycznymi przyrządami chorzy nie doznają wstrząsu nerwowego w przeciwieństwie, gdy się operuje dłutem i młotem. W pierwszych przypadkach, kiedy nie miał jeszcze swego instrumentaryum, spostrzegał Albee wstrząsy nerwowe. Muszę nadmienić, że jakkolwiek klinika nie posiada specyalnego instrumentaryum i operacye wykonuje dłutem i młotem, nie zauważyliśmy wstrząsów nerwowych, mimo że operowaliśmy w dwóch przypadkach osoby dorosłe, gdzie rozszczepienie wyrostków kolczystych musiało być dokonane dłutem. Albee żąda, ażeby w przypadkach gruźlicy kręgosłupa piersiowego ustalać 2 kręgi powyżej i 2 kręgi poniżej chorego kręgu; przy kręgach lędźwiowych wystarczy ustalać po jednym kręgu. W przypadkach z garbem kształt rozszczepionej kości można przez nadłamanie przystosować do wygięcia kręgosłupa. Zdaniem Albeego w otoczeniu wszczepionej kości wytwarza się silna blizna, która przylega ściśle do nowo wytwarzającej się kości. Wessania wszczepionych odłamków kostnych autor nie zauważył. Tą metodą operowane przypadki wykazały, że wytworzona nowa tkanka kostna w ciągu 6—8 tygodni zapobiegała powiększaniu się wzgl. powstawaniu garbu. Po zabiegu operacyjnym trzyma Albee chorego w łóżku 6—8 tygodni. Tylko chorych z daleko posuniętymi garbami, które przez odpowiednie przyrządy ortopedyczne starał się skorygować, trzymał Albee przez ten czas w gorsetach lub łóżeczkach gipsowych. — Co do wskazań do operacyi, to schorzenia kręgosłupa bez różnicy wieku, bez względu

na czas trwania choroby stanowią eo ipso wskazanie do zabiegu. Ropnie opadowe, porażenia, nie są przeciwwskazaniem do operacyi, ale przeciwnie stanowią wskazanie do operacyi. Tylko niemożliwość operowania w jałowym terenie, na szczęście wypadek ten zachodzi rzadko, stanowi przeciwwskazanie do operacyi. Z pośród 178 przypadków były przypadki nietylko świeże, ale także i stare 4- i 6-letnie. Zejść śmiertelnych po tych zabiegach Albee nie zauważył, tylko ogólnie podaje, że wyniki ma bardzo dobre. W r. 1914 Ombredanne podał sposób implantancyi kawałków kości łopatkowej, Erlacher operował 4 przypadki i na kongresie w r. 1914 wyrażał się bardzo pochlebnie o wynikach, uzyskanych tą metodą. W pracy tej wyłuszcza, że kość z łopatki nie nadaje się do transplantacyi. Każda metoda nowa, o ile jest prosta, pozyskuje wielu zwolenników. W klinice chirurgicznej byliśmy jedni z pierwszych, którzy ją stosowali (1914). Wojna przerwała nasze doświadczenia. Dopiero w tym roku zabraliśmy się z powrotem do stosowania tej metody, a wyniki, jak na początek, zdają się rokować jaknajlepsze nadzieje. Zastraszające szerzenie się gruźlicy wśród naszego społeczeństwa nadarza codziennie prawie sposobność zetknięcia się z gruźlicą kręgosłupa. Dlatego też metoda ta, stosunkowo tania, bo z tem głównie liczyć się musimy, metoda, która pozwala po 6 tygodniach chorego wypuścić ze stałej opieki lekarskiej, powinna znaleść jaknajszersze zastosowanie. (Autoreferat).

5) Kol. Kazimierz Jaworski przedstawił dwa przypadki **przetok kałowych**, powstałych w następstwie postrzałów jamy brzusznej. Przypadek jeden tyczy się jelita biodrowego, drugi pętli esowatej. Obydwa przypadki były leczone w klinice chirurgicznej przez wykluczenie uszkodzonej pętli jelita założeniem anastomozy między pętlą doprowadzającą a odprowadzającą. Jestto pierwszy akt leczenia tego rodzaju przetok. W akcie drugim, po upływie 4—6 miesięcy, następuje albo zaszycie przetoki od zewnątrz, o ile przetoka jest niewielka, lub też resekcya uszkodzonej pętli jelita. Leczenie to jest więc rozłożone na dwa zabiegi operacyjne, w przeciwstawieniu do typowych resekcyi jelita, wykonywanych z powodu innych spraw chorobowych, gdzie anastomozę i resekcyę wykonuje się jednoczasowo. Postępowanie dwuczasowe znajduje swoje usprawiedliwienie w ogólnym stanie chorych z uszkodzeniem postrzałowem przewodu pokarmowego. — Niebezpieczeństwo takiego postrzału leży nietylko w zapaleniu otrzewnej lub uszkodzeniu naczyń krwionośnych, lecz i w dalszych następstwach, jak ropień i ropowica kałowa, niedrożność jelit i zapalenie miedniczek nerkowych, powstające często drogami krwionośnemi lub limfatycznemi. Zwłaszcza utrudnienie przesuwania treści jelitowej jest dosyć częstem następstwem postrzałowego uszkodzenia jelit. Przy zabiegach operacyjnych, wykonywanych z powodu przetok kałowych, postrzałowego pochodzenia, prawie z reguły spostrzegano rozdęcie i przerost roboczy pętli doprowadzającej. Dzieje się to wskutek zagięcia i zrostów pętli uszkodzonej. — Co się tyczy rokowania w takich przypadkach, to jest ono poważne. W klinice chirurgicznej było operowanych w powyższy sposób 7 przypadków, z czego dwa skończyły się śmiertelnie. Prof. Sauerbruch oblicza śmiertelność z powodu późnych następstw postrzałów brzucha na 18—20%, Roth zaś na 29%.

6) Kol. Kazimierz Jaworski przedstawił przypadek **uszkodzenia postrzałowego odbytnicy**, która została odstrzelona i cofnęła się w głąb. Jednocześnie została uszkodzona część błoniasta cewki. Mocz i kał wylewał się do wspólnej jamy, wytworzonej przez pocisk. Rana, wskutek zanieczyszczenia kałem silnie zakażona, nie okazywała skłonności do gojenia się. Z tego też głównie względu wytworzono odbyt sztuczny w okrężnicy poprzecznej. Rana się oczyściła i poczęła ziarnkować. Z powodu wytworzenia się blizny zwężającej w cewce, wykonano w drugim akcie leczenia uretrotomię zewnętrzną, oraz wypreparowano cofniętą kiszkę, ściągnięto ją w dół i przyszyto do brzegów rany. Po szeregu miesięcy zamknięto odbyt sztuczny. Pomimo rozległego uszkodzenia cewki i odbytnicy czynność i drożność obu są zachowane. (Streszczenie własne).

W dyskusyi przemawiali koledzy Hładij i Michejda.

7) Kol. Hładij przedstawił a) przypadek **tętniaka postrzałowego tętnicy udowej**, który powstał w rok po postrzale i omówił porównawczo przypadki tego rodzaju, opisane w literaturze. W danym przypadku założono szew naczyniowy na otwór 2 cm długi a 3 mm szeroki, znajdujący się w górnej części tętnicy udowej tuż pod więzadłem pachwinowem. Szwy zakładano w odległości $1^1/_2$—2 mm od siebie. H. podkreśla ten szczegół i zaznacza, że szew gęsto założony na naczyniach jest mniej pewny, niż szew rzadki. W tym przypadku zużyto worek tętniaka przez kulisowate zeszycie worka dla wzmocnienia miejsca zaszytego w tętnicy. W przypadku tym powstała zgorzel palca dużego, mimo, że światło naczynia przez szew nieznacznie tylko było zwężone. Przypadek ten jest jaskrawym dowodem korzyści, jakie przynosi szew naczyniowy.

b) Przypadek **złamania obojczyka**, leczonego opatrunkiem gipsowym w rotacyi ramienia na zewnątrz, tak aby oś podłużna przedramienia, zgiętego w łokciu, przebiegała równolegle do osi poprzecznej ciała (boczno-bocznej). Opatrunkiem tym uzyskuje się zupełne rozciągnięcie odłamków, dobre ich położenie względem siebie i ustalenie w tem położeniu.

c) Dalej przedstawia kol. H. oficera rosyjskiego z **postrzałem splotu barkowego**, u którego w następstwie blizny wytworzyły się nerwobóle, odbierające sen, tak że od lipca do dnia dzisiejszego chory ten bez dużych dawek narkotyków nie usypiał. Przy zabiegu operacyjnym stwierdzono, że korzonki nerwowe od C IV do C VII wrośnięte były przy otworach międzykręgowych częścią w bliznowatą tkankę łączną, częściowo w wybujałą kostninę. Bliznę i kostninę wycięto, a dla zapobieżenia powstaniu nowej blizny wszczepiono tkankę tłuszczową, wziętą z uda tegosamego osobnika. Jeszcze tegosamego dnia popołudniu zauważyć się dała poprawa, nerwobóle w ręce ustąpiły, zwłaszcza bardzo przykre stałe uczucie rozpalonego żelaza w dłoni. Chory przestał używać środków usypiających, stał się rozmownym i miłym dla otoczenia towarzyszem.

d) Następnie przedstawił kol. H. przypadek **gruźlicy nerki** u chorego, który cierpiał na to schorzenie, jak z wywiadów stwierdzić można, przez lat 14. Dopiero w klinice chirurgicznej stwierdzono rozległą gruźlicę pęcherza w następstwie gruźlicy lewej nerki z bezwiednem oddawaniem moczu. Operacyjnie usunięta nerka okazała się jedną wielką torbą, pełną mas serowatych. H. omawia na podstawie dostępnej mu literatury znaczenie mimowolnego oddawania moczu w przypadkach gruźliczego schorzenia pęcherza i podkreśla, że objaw ten, mimo udałego zabiegu operacyjnego, w 73% przypadków utrzymuje się nadal, nawet mimo miejscowego leczenia pęcherza. Jedyną racyonalną metodą zapobieżenia mimowolnemu oddawaniu moczu jest wczesne rozpoznanie gruźlicy nerki i jej operacyjne leczenie.

e) W końcu przedstawił kol. H. przypadek **plastyki prącia** po ranie postrzałowej. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabierał głos kol. doc. Borowiecki.

Dr Michejda, zast. sekr. dorocznego.

Sprawy Izb lekarskich.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie.

W sprawie taryfy za czynności sądowolekarskie. Na liczne zapytania lekarzy zawiadamia Izba lekarska wschodnio-galicyjska, że w sprawie podwyższenia taks sądowolekarskich Wydział Izby wniósł dnia 22. lipca 1916 imieniem wszystkich Izb, za pośrednictwem Wydziału wykonawczego Izb, do Ministerstwa sprawiedliwości memoryał, żądający prowizorycznego podwyższenia o 100% taryfy sądowolekarskiej w sprawach karnych. Prezydent Izby poruszał następnie tę sprawę kilkakrotnie na konferencyach Prezydentów Izb w Wiedniu i prosił o jej załatwienie w Ministerstwie. Dnia 14. XI. 1917 wniosła Izba, również za pośrednictwem Wydziału wykonawczego, ponaglający memoryał do Ministerstwa sprawiedliwości, odnosząc się równocześnie do wszystkich Izb z prośbą o poparcie starań w tej, zdaniem naszej Izby, tak ważnej i nie zasługującej na zwlekanie sprawie. Do tego memoryału przyłączyła się zaraz Izba zachodniogalicyjska. Wskutek tych starań zawiadomił Izbę Wydział wykonawczy, że przedłożył Ministerstwu sprawiedliwości obszerny memoryał, a na audyencyi w d. 24. listopada otrzymał od P. Ministra i od referenta, szefa sekcyi Dr Bratuscha, przyrzeczenie gorącego zajęcia się sprawą, przyczem obaj uznali słuszność i konieczność uregulowania względnie podwyższenia taryfy. Oprócz tych starań niektóre Izby, a między niemi i Izba wschodnio-galicyjska zainteresowała tą sprawą posłów do Rady państwa, prosząc ich o poparcie tak słusznych życzeń ogółu lekarzy u odnośnych czynników. Wydział Izby pozwala sobie wyrazić nadzieję, że te długie i konsekwentne starania przecież odniosą swój skutek.

Ułatwienia paszportowe dla lekarzy w Galicyi. Z c. k. Namiestnictwa otrzymała Izba lekarska we Lwowie pismo następujące: »Na pismo z dnia 17. września 1917, L. 617 zawia-

damia się Szanowną Izbę, że c. k. Namiestnictwo wydaje jednocześnie Starostwom, położonym w ściślejszym terenie wojennym, polecenie, aby prośby lekarzy praktykujących o wydanie legitymacyi do podróży w obrębie tego terenu w celu odbywania praktyki załatwiały z możliwym pośpiechem i życzliwie, stosując się do przepisów c. i k. Naczelnej Komendy armii Q 1000 ex 1917, których jeden egzemplarz dołącza się. Odnośne przepisy, które muszą być ściśle przestrzegane, mieszczą się na stronicy 37—40. Co do podwód zauważa się, że przymusowe dostarczenie ich dla lekarzy praktykujących nie jest w obowiązujących obecnie przepisach przewidziane, zatem może tylko w drodze dobrowolnej umowy nastąpić, c. k. Namiestnictwo zaleca jednak także Starostwom, aby w uzyskaniu podwód w dobrowolnej drodze szły lekarzom na rękę«.

W sprawie podwyższenia dyet i kosztów podróży wniosła Izba lekarska wschodnio-galicyjska memoryał do Wydziału krajowego ze względu na szczepienie ospy, a do Namiestnictwa ze względu na czynności lekarzy epidemicznych. Izba wykazuje, że dyety za szczepienie już przed wojną były za nizkie (7 kor. dla lekarzy wolno praktykujących, a 6 kor. dla lekarzy szpitalnych i okręgowych), a obliczanie kosztów podróży tak, jakby podróż dla szczepienia odbywała się naraz w porządku topograficznym, wcale nie odpowiadało rzeczywistości i często było połączone z krzywdą lekarzy. Obecnie zaś w czasię wojny koszta podwód tak wzrosły, że lekarz musiałby przy dawnych normach obliczania — jeszcze do swej pracy dopłacać. Żąda więc Izba podwyższenia dyet za szczepienie o 100%, oraz obliczania kosztów podróży na zasadzie faktycznie przebytej drogi z każdodziennym powrotem do miejsca zamieszkania. Zupełne podobnie, jak sprawa należytości za szczepienie, przedstawia się sprawa należytości za komisye epidemiczne. Jako przykład przytacza Izba, że za całodzienną (8—9 godzin) komisyę otrzymuje dziś lekarz wraz z kosztami podróży 19 kor. 80 h, a za samą furmankę musi zapłacić 30 do 40 koron! Toteż lekarze uchylają się od komisyi, a sprawa zwalczania epidemii nadzwyczaj przez to cierpi. Żąda więc Izba lekarska podwyższenia należytości za komisye epidemiczne o 100%, podwyższenia cennika kosztów podróży o 100%, wreszcie dostarczania przez władze »in natura« podwody, jeżeli jej lekarz sam dostać nie może.

Uzupełnienie
w sprawie 50-lecia Towarzystw lekarskich w Galicyi.

Szereg prezesów Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, przytoczony w artykule wstępnym w Nr. 48, należy uzupełnić opuszczonem wskutek pomyłki korektorskiej nazwiskiem prymaryusza Dr Wilhelma Piska. Przewodniczył on Towarzystwu lwowskiemu w r. 1908, w tym właśnie czasie, gdy toczyły się ważne rokowania, zakończone złączeniem się Towarzystw; był to rok, odznaczający się także ożywionym ruchem naukowym, gdyż posiedzeń naukowych Towarzystwa lwowskiego odbyło się w tym roku 24. W tym też roku po raz pierwszy pojawiły się obszerne sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa w »Wiener klinische Wochenschrift«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 12. XII. posiedzenie, na którem prof. Latkowski przedstawił chorych, leczonych z pomyślnym wynikiem wstrzykiwaniami mleka, oraz przypadek gorączki na tle zmian kiłowych w układzie ośrodkowym, Dr Raczyński przedstawił nowy sposób barwienia preparatów z krwi, a doc. Mayer mówił o zastosowaniu termojonizacyi do wytwarzania promieni Roentgena, przedstawił szereg zdjęć, dokonanych w ten sposób, a następnie przypadek mięsaka, leczony promieniami Roentgena. W dyskusyach przemawiali: Prof. Jaworski, Gliński, Dr Marcisiewicz, doc. Seńkowski, Zubrzycki, Dr Laskiewicz i prelegenci. (Zapowiedziany wykład doc. Nowaczyńskiego z powodu późnej pory odłożono na następne posiedzenie, które się odbędzie d. 19. XII. również w klinice chorób wewnętrznych).

Na temże posiedzeniu dokonano wyborów Zarządu Towarzystwa na rok 1918. Tegoroczny prezes że względu na zdrowie nie przyjął ponownego wyboru. Prezesem został wybrany prof. Dr Krzyształowicz, wiceprezesem Dr Damski, sekretarzem dorocznym Dr Michejda, bibliotekarzem (na 3 lata) ponownie Dr Blassberg, sekretarzem stałym (na 3 lata) ponownie prof. Dr Nitsch. Pozostają na urzędach do końca trzechletnich kadencyi: administrator i redaktor »Przeglądu lekarskiego« (do końca 1918), skarbnik i gospodarz domu (do końca 1919). Dalej została wybrana Komisya rewizyjna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego; radca Dr T. Piotrowski, Dr Z. Wachtel (senior); Komisya redakcyjna »Przeglądu lekarskiego«: Dr Blassberg, prof. Browicz, prof. Krzyształowicz, prof. Majewski, prof. Rutkowski; przewodniczący Komisyi słownikowej: prof. Browicz; delegaci do Rady zawiadowczej Tow. lekarzy gal.: prof. Browicz, prof. Ciechanowski; delegat do Komisyi rewizyjnej Tow. lekarzy gal.: prez. Dr Schoengut; delegaci na Walne Zgromadzenie Tow. lekarzy gal.: Dr Akerman, Dr Berezowski, prof. Ciechanowski, prez. Dr Damski, doc. Dr Janiszewski, prof. Dr Kostanecki, Dr Kwaśnicki, dyr. Dr Lang, prym. Landau J. (sen.), prez. Dr Schoengut, Dr Surzycki; zastępcy delegatów na Walne Zgromadzenie: Dr Służewski, prof. Majewski, radca Dr T. Piotrowski, prym. Z. Wachtel (senior), Dr Wojciechowski.

Z różnych stron. Towarzystwo im. Senckenberga (Senckenbergische Naturforschende Gesellschaft) we Frankfurcie n. M. (Viktoria-Allee 7) ogłasza konkurs z fundacyi Oscar-Löw-Beera na najlepszą pracę o biochemicznych przyczynach nowotworów złośliwych. Prace konkursowe mają być przedkładane już wydrukowane lub gotowe do druku. Nagroda w kwocie 15.000 marek (która może być podzielona na dwie) przyznana zostanie 22. listopada 1920. Ubiegający się o nagrodę mają się zgłaszać jaknajwcześniej; ci, którzy prowadzą badania, rokujące dobry wynik, mogą od 1. IX. 1918 uzyskać roczne zasiłki na badania aż do 5000 marek.

— Z d. 1. stycznia 1918 ma być otwarty w Sofii bułgarski Wydział lekarski. Profesorów niektórych przedmiotów, aż do wykształcenia sił własnych, zaprosi Uniwersytet sofijski z zagranicy, ale muszą oni wykładać po bułgarsku. Liczba słuchaczy ma być na razie ograniczona.

Pojawiły się też dążenia do założenia Wydziału lekarskiego w Zagrzebiu.

Powstanie dwu ognisk nauki lekarskiej w południowej Słowiańszczyźnie, dotąd pozbawionej Wydziału lekarskiego, będzie faktem nader doniosłym i budzić musi szczerą radość.

Zmarli: Dr Józef Poznański, uczestnik powstania r. 1863, w 77 r. ż. w Warszawie; Dr Teodor Heiman, autor licznych prac z zakresu otyatryi, w Warszawie.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 19. grudnia o godz. 6 wieczór w sali wykładowej kliniki chorób wewnętrznych. Na porządku dziennym wyłącznie wykład doc. Dr Nowaczyńskiego: »Nowoczesne sposoby badania i poglądy na zapalenie nerek« i dyskusya.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.